



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE
S. CARLO

OSPEDALE "SAN CARLO" DI POTENZA
OSPEDALE "SAN FRANCESCO DI PAOLA" DI PESCAPAGANO

RICHIESTA ESTENSIONE ANNUALE SERVIZIO SANCARLO WI-FI

Al Direttore della U.O.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____, paziente ricorrente in cura presso questo nosocomio, ai
sensi dell'art. 5 del Regolamento "SanCarlo Wi-Fi" chiede di estendere ad un anno la validità
delle proprie credenziali di accesso al servizio "SanCarlo Wi-Fi".

Numero di cellulare usato per la registrazione _____

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento.

Data _____

Firma del paziente

Spazio riservato alla U.O. erogatrice del servizio sanitario

Alla U.O.C. S.I.O.

Vista l'istanza presentata, il/la sottoscritto/a _____ in
qualità di Responsabile della struttura attesta che il paziente richiedente è sottoposto a cure
ricorrenti presso la U.O. _____ esprimendo
parere favorevole all'estensione delle credenziali di accesso al servizio "SanCarlo Wi-Fi".

Data _____

Visto del Responsabile
(timbro e firma leggibile)

**Inviare l'istanza e la copia del documento allegato del paziente via fax al num. 3115 oppure
via email all'indirizzo ass_tech@ospedalesancarlot.it**